CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SOLUCIONES MEDICAS EMPRESARIALES LTDA
NIT: 900146367

TRABAJO EN ALTURAS

Tipo de Examen: EVALUACION MEDICA DE PRE- INGRESO

Certificado de aptitud: 13057539-303164

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA.

Empresa: INGENIERIA DE VIAS S.A.S
Actividad Económica: 4210 - CONSTRUCCIóN DE CARRETERAS Y VíAS DE FERROCARRIL.

Empresa en Misión/ Contrato/ Centro de Costo: UNION TEMPORAL TOLIMA VIAL 2026

INFORMACIÓN DEL PACIENTE.

Fecha y Lugar:	17 mar. 2026 - BOGOTA D.C - BOGOTA, DISTRITO CAPITAL	**Identificación:**	13057539
Paciente:	ABELARDO DAVID TORRES	**Teléfono**	**Móvil:** 3103189894
Género	MASCULINO **Edad:** 50	**EPS:**	SALUD TOTAL S.A. EPS ARS
Fecha Nacimiento:	7/04/1975	**ARL:**	NO REPORTA
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**AFP:**	COLFONDOS
Escolaridad:	TECNOLÓGICO	**Cargo:**	TOPOGRAFO INSPECTOR
Área: No Reporta			
Correo Electrónico:			

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES.

AUDIOMETRIA TAMIZ	1. CONTROL AUDITIVO PERIODICO OCUPACIONAL, 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO, 3. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, 4. ASITIR A CONSULTA EN CASO DE SINTOMATOLOGIA AUDITIVA.
ESPIROMETRIA	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION RESPIRATORIA, CONTROL ANUAL.
OPTOMETRIA	1- EXAMEN VISUAL PERIODICO 2- USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL VISUAL (FILTROS ANTIRREFLEJO) 3-REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES 4- USO DE LUBRICANTE OCULAR (LAGRIMAS ARTIFICIALES).
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	DIETA HIPOCALÓRICA, RICA EN FRUTAS Y VERDURAS, BAJA EN HARINAS Y GRASAS DE ORIGEN ANIMAL. REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 45 - 60 MINUTOS AL MENOS 4 - 5 VECES/ SEMANA. BUENA HIDRATACIÓN. HIGIENE POSTURAL. AUTOCUIDADO. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO AL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD DE LA EMPRESA. USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. DEBE BAJAR DE PESO, VALORACION NUTRICIONAL POR EPS
GLICEMIA BASAL	SIN ALTERACION
PERFIL LIPIDICO BASICO	SIN ALTERACION

CONCEPTO LABORAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA EL CARGO

Observaciones: AL MOMENTO DE ESTE EXAMEN FISICO NO REFIERE ALTERACION MENTAL O RIESGO PSICOSOCIAL APARENTE

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

Información de Remisiones

NUTRICION

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Scanned with CamScanner

MEDICO ESPECIALISTA S.O.
DIANA CAROLINA GUAPACHA LOAIZA
CÉDULA DE CIUDADANÍA : 1031121057
1031121057 - 23316/2025



Firma y cédula del Paciente
ABELARDO DAVID TORRES
13057539

Scanned with CamScanner